Aus der Landesfrauenklinik Gleiwitz.
Direktor: Prov. Obermedizinalrat Dr. Scheffzek.

Über
Morbidität und Mortalität im Puerperium.

(Bericht über 20 Jahre)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

vorgelegt von

Walter Konietzko
aus Ratibor

Tag der Promotion: 31. Dez. 1935

521

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Magnus

Referent: Dozent Dr. Karl Kaufmann

Korreferent: Prof. Wagner

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meiner lieben Mutter

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550822_0210

Die vorliegende Arbeit enthält das geburtshilfliche Material der Landesfrauenklinik Gleiwitz aus den Jahren 1911—1931, aus einer Zeit also, die in die Anfänge der Klinik zurückreicht und ihr Werden und Wirken in den Räumen der ehemaligen Oppelner Klinik dartut. Die Anregung gab der Leiter der Anstalt, der das Funktionieren des aseptischen Apparates an seiner Klinik geprüft haben wollte. Daraufhin wurden sämtliche Geburtsblätter und die Kreißsaaltagebücher der eingangs erwähnten Jahrgänge durchgesehen und auszugsweise zusammengefaßt.

Um ein verwertbares Resultat zu gewinnen, galt es, auf Vollständigkeit des Materials zu achten und dieses zu trennen in

a) rein klinische Fälle und
b) solche, die von draußen in klinische Weiterbehandlung gegeben worden sind.

Zu a) gehören die Hausschwangeren, ferner Frauen, die von sich aus die Klinik zur Entbindung aufsuchten und schließlich solche Frauen, die nicht durch Untersucherhände berührt von Arzt oder Hebamme eingewiesen wurden.

Zu b) werden jene Frauen gerechnet, die wegen erfolgloser geburtshelferischer Manipulationen im Privathaus schließlich als Klinikfall eingeliefert wurden.

Der Vollständigkeit halber habe ich auch alle Halb- und Ganzentbundenen, sowie Droschkengeburten hier angeführt, obwohl sie für diese Arbeit — wie wohl für jede Anstaltsstatistik — nur von numerischer Bedeutung sind. Mit Halbentbundenen werden Gebärende bezeichnet, bei denen die Geburt bis auf die Nachgeburtsperiode oder bei Gemini bis auf einen Zwilling beendet war. Unter Spontangeburten rubriziere ich auch jene Fälle, bei denen künstliche Blasensprengung, Scheidentamponade, Episiotomie, Cervix- und Scheidennaht, sowie das Anlegen von Parametrienklemmen ausgeführt wurden.

Der zweite Hauptteil umfaßt die operative Geburtshilfe. Ausgeschlossen blieben sämtliche Aborte und Frühgeburten von 35 cm Länge und 1500 g Körper-

gewicht abwärts. Ferner alle im Wochenbett auftretenden interkurrenten Erkrankungen, die durch nachweisbaren Befund eine Genitalinfektion als unwahrscheinlich annehmen ließen. Hierher gehören sicher festgestellte Fälle von Pneumonie, Grippe, Angina, Bronchitis, Mastitis, Gonorrhoe etc.

Bei der viel und heute noch umstrittenen Frage, wie Morbidität im Wochenbett zu bewerten sei, galten folgende Richtlinien, wie sie auch P u p p e l in seiner Arbeit über den Wochenbettsverlauf an seiner Klinik maßgebend waren: Alle Eintag-Fieber werden als zu einem physiologischen Wochenbett gehörig weggelassen, dagegen alles bewertet, was mindestens 2 Tage 38° Temperatur zu verzeichnen hatte. „Für das Wochenbett ist eine Temperatur von 37,9° (38,4 rectal) als obere Normalgrenze festgelegt, weil die Resorptionsvorgänge im Uterus so oft Steigerungen bis zu dieser Grenze bedingen, daß sie als Normalerscheinungen gewertet werden dürfen." (Stöckel) Es war den alten Chirurgen bereits eine geläufige Erscheinung, daß selbst bei aseptischem Wundverlauf Temperaturen bis 40° als Resorptionsfolge von seiten des Organismus aufzufassen sind.

Im anderen Sinne wertet K u c z o r a in seiner Morbiditätsstatistik das vorliegende Material aus, indem er sich an die Statistiken von H. S a f t, P. und H. B a u m m und F r a n k e hält. Die Verfasser teilen das Wochenbettsfieber in 4 Kategorien ein und legen das Hauptgewicht auf eine Gegenüberstellung der v a g i n a l Untersuchten zu den n i c h t Untersuchten. Ihr Schema ist folgendes:

1. Kategorie	1 mal	Temperatur	bis	38,5°
2. „	mehrmals	„	„	38,5°
	oder bzw. dabei 1 mal	„	über	38,5°
3. „	überhaupt nur 1 mal	„	„	38,5°
4. „	mehrmals	„	„	38,5°.

Von dieser Auffassung der Wochenbettsmorbidität sagt A h l f e l d (Zentr. F. Gyn. 1925/1) „daß sie zur Feststellung einer vergleichenden Morbiditätsstatistik nicht gebraucht werden könne.

Eng verknüpft mit dem Wochenbett ist der Begriff des Puerperalfiebers, uns völlig bekannt in Wirkung und Folgen, ein spärlich erforschtes, unzugängliches Gebiet aber für die Therapie! Wir verstehen darunter alle diejenigen septischen Erkrankungen, bei denen vornehmlich Eiterkokken zurzeit der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes vom Genitale aus in die Blut- und Lymphbahnen des weiblichen Körpers eindringen und sich auf Kosten des lebenden Gewebes ernähren (Stöckel).

Die Geburtenziffer in den Jahren 1911—1931 beträgt 13 246;

davon entfallen

12 023 auf die Klinik
1 186 „ „ Privatstation
37 „ „ Halb- und Ganz-Entbundenen.

Die folgende Tabelle gibt zahlenmäßig Umfang und Art der klinischen Geburtshilfe für jeden der eingangs erwähnten Jahrgänge an.

Gesamtgeburten:	12 023	
Spontan verliefen:	9 947	= 82,8 %
Operativ beendigte:	2 076	= 17,2 %
Fieber nach norm. Geb.:	1 776	= 17,8 %
„ „ operat. beend. Geb.:	846	= 40,9 %
Mortalität nach spont. Geb.:	15	= 0,15%
„ „ operat. beend. Geb.:	18	= 0,87%.

In toto ergibt sich bei 12 023 Geburten eine Gesamtmorbidität von 21,8% und eine Gesamtmortalität von 0,27%.

Als Ursache für die Morbidität nach Spontangeburten weisen die Geburtsblätter auf eine Reihe gemeinsamer Ursachen hin, wie: Vorzeitigen Blasensprung, lange Geburtsdauer, vermehrter Blutverlust unter der Geburt, Dammriß etc., Faktoren, die teils allein, teils kombiniert die Wochenbettsprognose bilden.

Zu ernsthaften Komplikationen, teilweise mit letalem Ausgang kam es in 74 Fällen, von diesen machten 44 eine Puerperalinfektion durch. Weiter erlagen 19 einer intercurrent auftretenden Grippe oder Pneumonie, während die restlichen 11 Todesfälle ihrem besonderen Verlauf gemäß einzeln erwähnt werden:

1 Todesfall durch nicht näher bekannten criminellen Eingriff,
1 „ im Coma uraemicum unmittelbar post partum,
1 „ an allgemeiner Kreislaufschwäche am 2. Tag post partum,
(dekomp. Vitium?)
1 „ an Sepsis am 15. Wochenbettstag durch Retention von Placenta resten,
1 „ durch atonische Blutung nach Placenta -Lösung, an secundärer Anämie,

Jahrgang	Gesamt-geburten	spont. verl.	operat. beend.	Fieber nach norm. Geburt	Fieber nach oper. beendeter Geburt	Mortalität n. Spontangeburt	Mortalität n. oper. Geburt
1911	583	501 = 85,9%	82 = 14,1%	80 = 15,9%	22 = 26,8%	—	1 = 1,2 %
1912	590	494 = 82 %	96 = 16,2%	43 = 8,7%	36 = 37,5%	—	2 = 2,0 %
1913	659	536 = 82,3%	123 = 17,6%	80 = 14,9%	58 = 50,4%	—	2 = 1,7 %
1914	665	563 = 84,6%	102 = 15,4%	104 = 18,4%	38 = 37,2%	—	1 = 0,9 %
1915	596	493 = 83,7%	103 = 16,3%	85 = 17,2%	33 = 34,0%	2 = 0,4 %	—
1916	517	416 = 80,6%	101 = 19,4%	52 = 12,5%	37 = 37,0%	—	1 = 1,0 %
1917	437	375 = 85,8%	62 = 14,2%	58 = 15,0%	17 = 27,4%	—	2 = 3,2 %
1918	466	405 = 86,9%	61 = 13,1%	47 = 11,6%	17 = 27,8%	—	—
1919	533	448 = 84,9%	85 = 15,1%	63=14,06%	31 = 36,5%	2 = 0,4 %	1 = 1,1 %
1920	591	498 = 84,2%	93 = 15,8%	82 = 16,3%	38 = 40,4%	3 = 0,5 %	1 = 1,0 %
1921	615	502 = 81,6%	113 = 18,4%	118 = 23,4%	44 = 39,0%	—	1 = 0,8 %
1922	557	492 = 88,5%	65 = 11,5%	118 = 24,0%	21 = 32,8%	1 = 0,2 %	1 = 1,5 %
1923	489	417 = 85,2%	72 = 14,8%	73 = 17,5%	23 = 32,0%	—	—
1924	548	457 = 83,2%	91 = 16,8%	97 = 21,2%	40 = 43,4%	—	—
1925	653	533 = 81,6%	120 = 18,4%	119 = 22,5%	60 = 50,0%	—	1 = 0,8 %
1926	603	500 = 82,9%	103 = 17,1%	120 = 24,0%	39 = 37,8%	2 = 0,4 %	—
1927	541	428 = 79,0%	113 = 21,0%	86 = 20,0%	59 = 52,2%	—	1 = 0,8 %
1928	598	453 = 75,7%	145 = 24,3%	84 = 18,5%	70 = 48,2%	—	—
1929	614	490 = 79,0%	124 = 21,0%	83 = 17,0%	65 = 50,0%	1 = 0,2 %	3 = 2,3 %
1930	610	505 = 83,0%	105 = 17,0%	113 = 22,3%	49 = 47,5%	—	—
1931	558	441 = 79,0%	117 = 21,0%	71 = 16,1%	49 = 41,5%	4 = 0,9 %	—
Gesamt:	12 023	9947 = 82,8%	2076 = 17,2%	1776 = 17,8%	846 = 40,9%	15 = 0,15%	18 = 0,87%

Jahrgang	Zange	Inn. Wendg. a. d. Fuß	Schnitt-entbindung	Austastung u. Plac. Lösung	Extraktion a. Steiß	Eihautzange	Hystereuryse	Perforation des Kopfes	Pubeotomie	Zerstück. Operation.	Uterusrupt. mit nachf. Laparatomie	Gesamt:
1911	11	11	12	14	17	2	4	7	2	1	—	82
1912	21	18	6	8	17	16	5	2	2	—	1	96
1913	26	22	9	16	12	28	2	7	1	—	—	123
1914	23	14	10	16	13	14	5	2	1	3	1	102
1915	23	23	7	13	15	16	—	3	1	1	1	103
1916	25	21	4	16	18	16	—	—	—	1	—	101
1917	20	12	7	8	9	1	1	2	—	1	1	62
1918	19	13	4	4	9	7	—	2	—	3	—	61
1919	25	12	15	10	9	6	6	1	1	—	—	85
1920	26	16	5	8	18	11	3	5	—	1	—	93
1921	23	19	11	21	12	13	6	7	—	1	—	113
1922	8	16	9	10	10	4	7	1	—	—	—	65
1923	20	18	9	11	5	4	2	2	1	—	—	72
1924	21	16	13	12	8	2	12	4	—	3	—	91
1925	23	12	32	10	23	2	11	3	3	1	—	120
1926	24	13	14	25	8	4	12	1	—	—	2	103
1927	21	12	22	27	14	4	7	1	5	—	—	113
1928	18	21	49	16	16	8	11	3	3	—	—	145
1929	5	8	39	29	14	8	2	6	1	2	—	124
1930	18	15	13	17	16	6	10	4	4	—	2	105
1931	32	12	28	16	12	8	4	3	—	1	1	117
Ges.:	431	334	318	307	275	180	110	66	25	19	11	2076

1 Todesfall durch Pyometra, am 13. Wochenbettstag Austastung, am 27. Tag exitus letalis,
1 „ durch geplatztes Pyovar an Peritonitis,
1 „ „ Pyämie,
1 „ aus nicht völlig geklärter Ursache. Sturz einer Gravida vom Wagen im praeeklamptischen Zustand, Verdacht auf Schädel-Basisfractur,
1 „ einer Kreißenden, die mit gesprungener Blase und totem Kinde schwer febril eingeliefert wird. Exitus erfolgt am 2. Tage im schwer septischen Zustand.
1 „ an schwerster Allgemeininfektion nach einer Austastung am 13. Wochenbettstag.

Der Vollständigkeit halber sei noch ein Fall erwähnt, wo eine Patientin im schwer comatösen Zustand vor geplanter Sectio caesarea in tabula verschied.

Von den erst genannten Puerperalfieberfällen starb etwa ein Drittel an der Infektion. Einzelheiten über Geburt und Wochenbettsverlauf dieser Fälle bringe ich mit den ursächlich in ähnlichem Zusammenhang stehenden Todesfällen der operativ Entbundenen am Schluß der Arbeit.

Nach einer Zusammenstellung Dietrich's aus den Jahren 1923—1930 sind die Todesfälle an Kindbettfieber prozentual nicht zurückgegangen. In absoluten Zahlen haben wir etwa 27 000 Frauen in diesem Zeitraum verloren, obwohl diese Zahlen bestimmt nicht den wirklichen, viel höheren Verlusten entsprechen.

Die übrigen zwei Drittel der 44 Puerperalfieberfälle überstanden die Infektion, deren Zeitdauer zwischen 15 bis 50 Tagen lag. Auf eine Unterscheidung von Fällen rein klinischer Art und solchen von draußen habe ich hier verzichten können, da sich beide Teile etwa die Wage halten. Die Todesfälle an intercurrent auftretender Grippe häufen sich in Epidemiejahren besonders. So weist das Jahr 1918 allein 14 Todesfälle nach Spontangeburten auf, eine Tatsache, die erhöhte Pflege von Schwangeren und Wöchnerinnen erfordert.

Bei einer Gegenüberstellung von Vaginal untersuchten kam ich bei den doch fast ausschließlich als Lehrmaterial benutzten Fällen zu dem Ergebnis, daß sich ein Unterschied von 1,5% zugunsten der nicht Untersuchten herausfinden läßt. Kuczora gibt in seiner Arbeit aus derselben Klinik etwa 2% an in Anlehnung an die etwa 4 Jahrzehnte zurückliegende Arbeit Saft's, der noch 3,86% zugunsten der innerlich nicht Untersuchten fest-

stellen konnte. Zangemeister und Winter kommen nach statistischen Untersuchungen zu Resultaten von etwa 2%. Ganz allgemein wird die vaginale Untersuchung, deren Wert für eine Indikationsstellung für immer bestehen bleibt, deren Einfluß aber auf einen ungestörten Wochenbettsverlauf noch umstritten wird, in ihren Auswirkungen überschätzt. So stellt R. Schröder den Geburtshilfe treibenden Praktikern 6 der gebräuchlichsten Indikationen zusammen, bei denen sie trotz Schulung im Rectaluntersuchen auf eine Vaginaluntersuchung nicht werden verzichten können, z. B. bei Verdacht und Gemini, bei langer Geburtsdauer, bei Blutung sub partu etc.

Wir sind bei unsern Untersuchungen ferner zu dem Ergebnis gekommen, daß 17,8 % der spontan Gebärenden genital erkrankten, etwa während einer Dauer von 1 bis 5 Tagen, einerlei ob innerlich untersucht wurde oder nicht. Daraus den Schluß zu ziehen, daß eine vaginale Untersuchung ein gleichgültiger Eingriff sei, wäre nicht angängig, aber eines resultiert mit Sicherheit, daß der Wochenbettsverlauf bestimmt wird von der Schwere der traumatischen Schädigung des Geburtskanals und des damit geschaffenen, von Fall zu Fall verschiedenen Nährbodens für Saprophyten und Bakterien. Warum erleben wir widersprechende Resultate nach poliklinischen Entbindungen draußen auf dem Lande in der äußerst keimreichen Umgebung einer Kellerwohnung oder nach einer Droschkengeburt und werden durch ein schwer febriles Wochenbett mancher Spontangeburt überrascht, die unter den aseptischen Kautelen eines Kreißsaales, von Untersucherhänden nie berührt vor sich gegangen ist?

Bumm hat auf Grund bakteriologischer Versuche folgendes festgestellt: „Ein Einfluß des Streptokokkengehaltes des Vaginalsekretes trat nicht zutage, denn die Morbidität bei den Kreißenden mit Streptokokken im Vaginalsekret war eher niedriger als bei jenen Frauen ohne Streptokokken. Sogar dann, wenn bei der Uterustamponade in der Nachgeburtsperiode die Vaginalstreptokokken künstlich bis in die Uterushöhle und an die Placentarstelle gebracht werden, steigt die Morbidität nicht an."

Im gleichen Sinne äußert sich Colebrook im Brit. med. J. Er bringt eine Zusammenstellung von Taylor und Wright aus dem Jahre 1930, wonach von 1123 Gebärenden etwa 3% hämalytische Streptokokken in der Vagina hatten, und weniger als 10% dieser Streptokokkenträgerinnen bekamen Fieber. Gleiche Resultate hatte Rose (Edinbourgh 1933) an 3774 Frauen. Ferner ist zu bedenken, daß der vorsichtig touchierende Finger des Untersuchers sich zwar in verändertem, aber noch unverletztem Gewebe befindet. Einzig und allein die trau-

matische Schädigung von Schleimhaut, Muskulatur und Bindegewebe, der Saftreichtum und die Resorptionsfähigkeit des Epitels bestimmen variierend Nährboden und Virulenz für Saprophyten und Bakterien. Es hat sich ferner herausgestellt, daß bei Spontangeburten, die von außerhalb der Klinik eingewiesen und von einer Hebamme vaginal untersucht worden waren — was in den letzten Jahren relativ sehr häufig vorkam — etwa zwei Drittel ein febriles Wochenbett durchmachten. Hier kann wohl mit Sicherheit von einer Hauptschuld der vaginalen Untersuchung durch die Hebamme gesprochen werden, aus 2 Gründen, die H. Baumm klarlegt:

1. kann praktische Keimfreiheit nur erzielt werden, wenn die Desinfektion gepflegter Hände mit peinlichster Sorgfalt vorgenommen wird und
2. die Hände dauernd von Krankheitskeimen möglichst ferngehalten werden (Noninfektion).

Die erste Forderung erfüllt die Hebamme erfahrungsgemäß leider nicht. Die zweite Forderung kann sie nicht erfüllen, denn sie ist Hebamme und Wochenpflegerin zugleich. Ihre vaginale Untersuchung hat daher nie die Voraussetzungen, die beim klinischen Untersucher Selbstverständlichkeiten sind. In der operativen Geburtshilfe nimmt die Klinik eine konservativ-abwartende Haltung ein, woraus sich ein Verhältnis von spontan und operativ Entbundenen von 5 : 1 ergab. Der Wochenbettsverlauf der operativ Entbundenen gestaltete sich so, daß etwa die Hälfte fieberfrei blieb, während der Rest größtenteils das Bild einer Intoxikation oder einer leichten Infektion bot. Die Krankheitsdauer schwankt im allgemeinen zwischen 3—10 Tagen. Fast ausschließlich blieb der Prozeß auf den Uterus und seine nächste Umgebung beschränkt und nur vereinzelt kam es zur Allgemein-Infektion, der Sepsis und Pyaemie. Insgesamt konnte ich 25 Fälle zählen mit günstigem Ausgang für die Betroffenen, während 18 dieser am meisten gefürchteten Wochenbettsinfektion erlagen. Diese 18 habe ich mit einem Auszug aus dem Geburtsjournal versehen und sie am Schluß der Arbeit eingereiht.

Ein anderes Bild boten weitere 52 Fälle. Hier kam zu einer primären interkurrenten Erkrankung des Wochenbettes eine Genitalinfektion hinzu, oder es trat umgekehrt zur Genitalinfektion eine interkurrente Organerkrankung und brachte den Organismus zum Erliegen. Von diesen 52 Fällen kamen 46 von draußen, d. h. unmittelbare Gefahr für die Mutter veranlaßte die Überführung in die Klinik, oder außerhalb der Klinik waren bereits erfolglose Entbindungsversuche unternommen worden. Diese Fälle allein würden für unsere Klinik eine operative Mortalität von

2,2% ergeben. Ein Verschulden oder ein Versagen der Klinik bei derartigen Fällen anzunehmen, ist daher keineswegs angängig. Die verbleibenden 6 operativ Entbundenen mit letalem Ausgang gehören der Klinik an und zwar kamen 2 durch Pneumonie, 2 durch Kreislaufschwäche, 1 durch eine schwere, hartnäckige Pyelonephritis und 1 durch Lungengangrän ad exitum. Hier bleibt die Schuldfrage offen und auch weiter die alte Frage nach dem Wert der spezifischen Therapie.

In diesem Rahmen möchte ich noch kurz die 20 Halb- und 17 Ganzentbundenen erwähnen. Ihr Geburts- und Wochenbettsverlauf zeitigt die merkwürdigsten Resultate und stellt unsere klinischen Lehren von Anti- und Asepsis völlig auf den Kopf, so daß es sich verlohnt, Einzelheiten anzuführen.

4 von den Ganzentbundenen hatten Kind und Placenta im Eisenbahnabteil geboren. Ihr Wochenbett blieb afrebil,

1 Geburt auf dem Heuboden hatte den gleichen Wochenbettsverlauf,

1 Geburt vollzog sich im Freien mit einem Dammriß 3. Grades. Die Frau erscheint mit dem Kind im Karton in der Klinik, Versorgen des Dammes, völlig afrebiles Wochenbett,

1 Sturzgeburt mit fieberfreiem Puerperium,

1 Ganzentbundene mit zweifelhaft vollständiger Placenta wird eingeliefert, Nachtastung, afebriles Wochenbett,

7 weitere Fälle von Ganzentbundenen bleiben ferner fieberfrei,

3 Frauen fieberten je 4, 7 und 8 Tage,

2 von den Ganzentbunden kamen ad exitum, die eine am ersten Tage im eklamptischen Coma, die andere am sechsten Tag an Allgemeininfektion.

Von den 17 Halbentbundenen hatten 11 ein afebriles Wochenbett, trotz geburtshilflicher Manipulationen außerhalb der Klinik, zwei starben an Sepsis, von denen die eine mit einer violenten Uterusruptur, die andere nach einem mißglückten Zangenversuch eingeliefert worden war. Die verbleibenden vier fieberten nur leicht.

Zum Zwecke der Übersicht stelle ich nun die einzelnen Operationsarten gesondert vor, wobei maßgebend war, daß mehrere Eingriffe an einer Patientin als nur e i n e Operation unter dem Gesichtspunkt der Schwere und der Höhe des Eingehens in den Uterus gewertet worden sind. Anderenfalls käme oft eine 2—3fache Zählung einer einzigen operativen Entbindung zustande. Anders geht

Kuczora in seiner Arbeit aus derselben Klinik vor, er schreibt: „Also z. B. bei Wendung mit nachfolgender Plancentalösung wurde der Fall sowohl bei Wendung als auch bei Placentalösung gebucht." Die in der Berichtszeit ausgeführten geburtshilflichen Eingriffe gliedern sich in den einzelnen Jahren folgendermaßen:

		% der Gesamtgeb.	% der oper. Geb.
431	Zangengeburten	3,5	20,7
334	Wendungen	2,7	16,0
318	Schnittentbindungen	2,6	15,3
275	Extraktionen (einschl. Manualhilfe)	2,2	13,2
307	Austastungen und manuelle Placentalösung	2,5	14,8
180	Eihautzangen	1,5	8,7
110	Ballonbehandlungen; fast ausschließlich mit der P. Baumm'schen Glycerin-Hammelblase	0,9	5,3
66	Perforationen	0,5	
25	Pubeotomien	0,2	1,2
19	zerstückelnde Operationen	0,1	0,9
11	Laparatomien nach erfolgter Uterusruptur	0,09	0,5

Ernst gibt in seiner Arbeit folgende vergleichende Angaben über den Ausgang geburtshilflicher Operationen:
Zange:

Gans berichtet über 562 Fälle aus der Winterschen Klinik in Königsberg in den Jahren 1898 bis 1906 über eine mütterliche Mortalität von 3,02%. Schmarsow für 500 Fälle aus derselben Klinik in den Jahren 1911 bis 1921 über eine mütterliche Mortalität von 3,04%, die nach Ausscheiden von 11 Todesfällen (an Eklampsie, Grippe-Pneumonie und Vitium cordis) auf eine einzig durch die Zange verschuldete Mortalität von 0,4% herabsinkt. Nach Winter kann wohl die direkte Zangenmortalität auf höchstens 1% festgesetzt werden.

Gleiwitzer Klinik: 0,4% bei 431 Fällen.

Wendung:

Winter berichtet 1912 aus der Königsberger Klinik über vier Todesfälle der Mutter bei 720 rechtzeitigen Wendungen, was einer Mortalitätsziffer von 0,5% entspricht; zusammen mit anderem Material berechnet er eine Durchschnittsmortalität von 5%. Recht unterschiedlich gestalteten sich die Ergebnisse bei vorzeitig oder

rechtzeitig ausgeführter Wendung, bei Schädel- und Querlagen und bei Primi- oder Multiparen. Nach Winter sind die Resultate folgende:

	Mortalität
Rechtzeitige Wendung	0,5%
Schädellage	3,3%
Querlage	1,2—1,6%
Primiparen	3,4%
Multiparen	2,8%

Die Fälle von vorzeitiger Wendung, die etwa zu 80% durch Placenta Praevia indiziert sind verlieren dadurch statistische Bedeutung, während die vorzeitige Wendung in den übrigen Fällen kaum eine Gefahr für die Mutter in sich birgt.

Gleiwitzer Klinik: 1,5% bei 334 Fällen.

Extraktion:

Winter berichtet bei 500 Extraktionsfällen über zwei Todesfälle (eine Infektion und eine Embolie) und gibt die mütterliche Mortalität mit 0,4% an, während die kindliche Mortalität etwa 4,5% ergibt.

Gleiwitzer Klinik: 0,0% mütterliche Mortalität.

Kraneotomie (Perforation und Kraneoklasie):

Winter berichtet über 89 Kraneotomien mit einer Mortalität von 1,2% und nimmt in Anbetracht und unter Wirkung dieser Geburtskomplikation einen Durchschnittsmortalitätswert von 0,3% an nach Abzug der Fälle, die an Geburtskomplikationen und vorangegangenen operativen Eingriffen diesen zur Last gelegt werden müssen, sonst bestände eine Mortalität von 5,6%.

Gleiwitzer Klinik: 1,5% bei 66 unkomplizierten Fällen.

Embryotomie (Dekapitation):

Winter berichtet nach 16 eigenen und 25 unter seiner Leitung zusammengestellten Fällen über eine Mortalität von 7%.

Gleiwitzer Klinik: 0,0% bei 19 Fällen.

Metreuryse:

Winter errechnet aus verschiedenen Kliniken eine mütterliche Mortalität, schwankend zwischen 0,0 und 1,8%.

Gleiwitzer Klinik: 0% bei 110 Fällen.

Manuelle Placentalösung:

Winter errechnet aus dem Material verschiedener Kliniken (Berlin, Halle, München, Breslau, Königsberg)

1% mütterliche Mortalität. Katz berichtet über 2,4 bis 3,4% nach vorangegangenen geburtshilflichen Eingriffen.

Gleiwitzer Klinik: 1,9% bei 307 Fällen.

Schnittentbindung:

Traxel berichtet aus dem Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Berlin, über eine mütterliche Mortalität von 2,5% bei 142 Fällen von 1922—1927. Nach einer englischen Sammelstatistik von Holland und Kerr wird die Mortalität bei 4197 Fällen mit 124 Fällen angegeben (2,9%).

Gleiwitzer Klinik: 1,2% bei 318 fast nur extraperitoneal ausgeführten Schnittentbindungen.

Bei einer zahlenmäßigen Betrachtung unserer geburtshilflichen Operationen ist sinnfällig eine Zunahme der Operationsfrequenz bei den Schnittentbindungen in den letzten fünf Jahren, was wohl als Erweiterung der Indikationsstellung bei engem Becken, Placenta praevia und Eklampsie zu deuten ist. Vergleichsweise sei die Operationsfrequenz anderer Kliniken angeführt:
Puppel, Mainz: 1913—1930 = 11 % Operationsfrequenz nach Timm,

Göttingen:	1919—1925 = 17,49%		„
Erlangen:	1914—1918 = 15,05%		„
Freiburg:	1912—1918 = 14,5 %		„
Marburg:	1911—1918 = 14,3 %		„
Gleiwitz:	1911—1931 = 17,2 %		„

Überblicken wir die geburtshilflichen Resultate der Klinik, so finden wir eine puerperale Morbidität von 21,8% und eine Mortalität von 0,27%. Aus dem Morbiditätsunterschied zwischen spontan und operativ Entbundenen eine Forderung nach Einschränkung der Indikationsbreite aufzustellen, wie es z. B. Kuczora tut, wäre keine befriedigende Lösung, vielmehr sollten Leistung und rechtzeitige Indikationsstellung das Resultat einer operativen Entbindung bestimmen.

Hier sei vergleichsweise die Mortalität anderer Kliniken angeführt:

nach Timm, Frauenklinik	Göttingen	1919—1925:	0,933%
„ „ „	Frankfurt	1913—1922:	0,137%
„ „ „	Göttingen	1908—1918:	0,29 %
„ „ „	Königsberg	1898—1924:	0,30 %
„ „ „	Marburg	1911—1918:	0,32 %
„ „ Stadt	Berlin	1920:	0,214%
„ „ „	Hamburg	1920:	0,235%
Gleiwitzer Klinik		1911—1931:	0,27 %.

Unsere Forderungen gehen dahin, möglichst frühzeitige Einweisung einer Schwangeren oder Kreißenden, wenn Komplikationen drohen oder durch Anamnese oder frühere Entbindungen zu erwarten sind. Nicht erst einen „Klinikfall" entstehen lassen, denn es geht um die Erhaltung kindlichen und mütterlichen Lebens. Den Forderungen von Puppel möchte ich mich eng anschließen, der in seiner Arbeit schreibt: „Wenn wir aber auch in Rechnung stellen, daß der Klinik nur die schwersten Fälle überwiesen werden, was an sich natürlich ist, so muß man doch die Forderung aufstellen, daß die geburtshilfliche Ausbildung — nicht nur des Praktikers, sondern auch des Facharztes — viel besser werden muß. Dazu gehört die Zwangsfamulatur in einer großen, von einem Geburtshelfer geleiteten Klinik sowie die obligatorische, mindestens drei Monate betragende geburtshilfliche Ausbildung während des praktischen Jahres.

Aber die sorgfältigste Ausbildung verliert an Wert, sobald die Therapie sich als unzureichend erweist. Viel ist seit den Tagen Semmelweis' erprobt, für nützlich befunden und wieder fallen gelassen worden. Die „Therapia magna sterilisans" im Ehrlich'schen Sinne bleibt weiter das Endziel in der Bekämpfung des Puerperalfiebers.

Todesfälle nach Spontangeburt.

(Klinik).

Geburtsblatt Nr. 464 31, Dronk Elisabeth, 40 J. VIII p.

Wurde als Blutende unter dem Verdacht einer Placenta praevia eingeliefert. Anamnese o. B. Frau in schlechtem K. u. E. Z. Organbefund —. Befund: II. Schädellage, Fundus zwei Querfinger unter der Brustbeinspitze, Kopf ballotiert, Herztöne 136. Patientin blutet nicht. Da weder Wehen noch Blutungsgefahr besteht, wird Patientin auf Wochenstation verlegt. Nach 7 Tagen Wiederaufnahme in den Kreissal mit leichten Wehen und mäßiger Blutung. Spontaner Geburtsverlauf. Placenta und Eihäute vollständig. Geburtsdauer 28 Stunden. Vaginal untersucht. Temp. 37,4, Puls 80. Am zweiten Tag Beginn einer Sepsis, die trotz intravenöser Tropfinfusion am fünften Tag, am achten Tag zum Exitus letalis führt.

Autopsie: Nicht ausgeführt.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

Geburtsblatt Nr. 518/31. Wuzik Viktoria, 22 J. I p.

Anamnese außer einer akuten Gnorrhoe o. B. Frau in gutem K. u. E. Z. Organbefund —. Kommt mit gesprungener Blase — vor einer halben Stunde will sie

Wasserabgang verspürt haben — auf den Kreißsaal. Befund: Fundus zwei Querfinger unter der Brustbeinspitze, Kopf hoch und fest im B. E., Herztöne 144. Spontaner Geburtsverlauf. Placenta und Eihäute werden für vollständig erklärt. Geburtsdauer 15 Stunden. Vaginal nicht untersucht. Am dritten Tag Auftreten von typisch septischen Erscheinungen.

Intravenöse Tropfinfusion. Am siebenten Tag Exitus letalis.

Autopsie: Ergibt keine metastatisch veränderten Organe. Der Uterus zeigt die schmierig belegte Placentarstelle. In ihrer Mitte befindet sich in der Ausdehnung eines kleinen Handtellers ein halbfingerdicker Rasen von bröckligen Massen, die aber mikroskopisch kein Zottengewebe enthalten.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

Geburtsblatt Nr. 297/31. H. K., 19 J. I p. (Hausschwangere).

Anamnese o. B. Frau in gutem K. u. E. Z. Organbefund —. Blutdruck 140/90. Aufnahme in den Kreissaal mit angeblich gesprungener Blase. Befund: Fundus zwei Querfinger unter der Brustbeinspitze, Kopf hoch und fest im B. E. Herztöne 132. Nach kaum fünf Stunden spontaner Geburtsverlauf. Placenta und Eihäute vollständig Fruchtwasser normal. Vaginal untersucht. Am fünften Tage tritt eine diffuse Druckempfindlichkeit des Abdomens auf, zugleich mit Schüttelfrösten. Temp. 40,3, Puls 108. Am siebenten Tag Exitus letalis.

Autopsie: Nicht ausgeführt.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

Geburtsblatt Nr. 271/31. J. N., 20 J. I p. Hausschwangere.

Anamnese o. B. Frau in ausreichendem K. u. E. Z. Innere Organe —. Aufnahme in den Kreissaal mit stehender Blase. Befund: Fundes zwei Querfinger unter der Brustbeinspitze, Kopf hoch und fest im Beckeneingang, Herztöne 140. Nach siebenstündiger Wehentätigkeit spontaner Geburtsverlauf. Placenta und Eihäute vollständig. Vaginal nicht untersucht. Am vierten Tag Auftreten von septischen Erscheinungen. Temp. 40,2, Puls 120. Schüttelfrost, Labien-Oedemen, teilweiser Amnesie, die nach vier Tagen zum Exitus letalis führen.

Autopsie: Nicht ausgeführt.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

Geburtsblatt Nr. 597/29. F. J., 33 J. I p. Hausschwangere.

Anamnese o. B. Frau in ausreichendem K. u. E. Z. Organbefund. —. R. R. 120 70. Aufnahme in den Kreissaal mit stehender Blase. Befund: Fundus zwei Querfinger unter der Brustbeinspitze. Kopf hoch und fest im B. E., Herztöne 138. Nach achtstündiger Wehentätigkeit erfolgt spontaner Geburtsverlauf. Placenta und Eihäute vollständig. Noch einer Kontinua von 38,3 treten vom neunten Tage an täglich Schüttelfröste und hohes Fieber auf, trotz negativem Abdominalbefundes. Am 50. Tage Exitus letalis.

Autopsie: Genitale o. B. Thrombose der Vena cava. Leber bis unter den Nabel reichend. Milz vergrößert. Rechte Lunge enthält mehrere Abscesse. Im Pleuraraum ca. ein Ltr. Pus. Linke Lunge völlig oedematös. Cor. o. B.

Diagnose: Pyaemie.

Geburtsblatt Nr. 197 26. K. G., 23 J. Hausschwangere I. p.

Anamnese o. B. Frau in gutem K. u. E. Z. Organbefund o. B. Aufnahme in den Kreissaal mit stehender Blase. Befund: Fundus drei Querfinger unter der Brustbeinspitze, Kopf hoch und fest im B. E. Herztöne 144. Spontaner Geburtsverlauf. Placenta und Eihäute werden für vollständig erklärt. Geburtsdauer 14 Stunden. Vaginal nicht untersucht. Vom ersten Tage intermittierendes Fieber mit zeitweisen Schüttelfrösten, fast täglichem Erbrechen und Kopfschmerzen. Trotzdem subjektives Wohlbefinden und Euphorie. Dieser Zustand endigt am 55. Tag mit Exitus letalis. Außer unreinen Herztönen war nie ein Organbefund vorhanden.

Autopsie: Nicht ausgeführt.

Diagnose: Sepsis puerperalis — Endocarditis.

Geburtsblatt Nr. 51/26. M. D., 16 J. I p. Hausschwangere.

Anamnese ergibt im vierten Lebensjahr ein Icterus und Scharlach. Frau in mäßigem K. u. E. Z. Organbefund —. Aufnahme in den Kreissaal mit stehender Blase. Befund: Fundus uteri drei Querfinger unter der Brustbeinspitze, Kopf steht im B. E., Herztöne 144. Spontaner Geburtsverlauf, Placenta und Eihäute vollständig. Geburtsdauer 31 Stunden. Vaginal untersucht. Am vierten Tag auffallend stinkige Lochien. Am Abend dieses Tages Schüttelfröste. Beginn einer schweren Sepsis, die am 19. Tage zum Exitus letalis führt.

Autopsie: In der rechten Brusthälfte finden sich ca. 900 ccm Eiter im Bereich des Unter- und Mittellappens, nach obenzu abgekapselt; links ca. 400 bis

500 ccm Eiter gleichfalls abgekapselt. Uterus: Im Cavum findet sich an der Rückwand ein etwa fingergliedgroßes, graugrünes, schmierigbelegtes Gewebsstück, das als Placentarrest angesprochen wird. Der übrige Brust- und Bauchraum ist o. B.

Diagnose: Pyaemie.

Geburtsblatt Nr. 52/22. A. W., 21 J. I p.

Wurde mit gesprungener Blase in die Klinik aufgenommen. Anamnese o. B. Frau in gutem E. u. K. Z. Organbefund —. Befund: Fundus in der Mitte zwischen Nabel und Brustbeinspitze. Kopf in der Beckenhöhle. Herztöne 138. Spontaner Geburtsverlauf. Placenta und Eihäute vollständig. Geburtsdauer sechs Stunden. Vaginal nicht untersucht. Vom vierten bis zehnten Wochenbettstag Temperaturen von 38,1 bis 38,6. Puls 74—80. Lochien werden am achten Tag blutig, am zwölften Tag stärkerer Blutabgang. Am 13. Tag digitale Austastung und Entfernen einer kleinwurmförmigen Erhebung an der hinteren Uteruswand mit der Cürette. Temp. 39,9, Puls 112. Der Zustand wird von Tag zu Tag schlechter, Sopor und septische Durchfälle kennzeichnen das Krankheitsbild. Am 13. Tag nach dem Eingriff Exitus letalis.

Autopsie: Starke eitrige Infiltration des Parametriums und der Uteruswandung, Placentastelle zeigt keine pathologischen Veränderungen. Mikroskopisch konnten in den entfernten Gewebsstücken keine Zotten gefunden werden.

Diagnose: Septische Phlegmone und peritonaeale Sepsis.

Geburtsblatt Nr. 137/20. A. G., 19 J. I p. Hausschwangere.

Anamnese o. B. Frau in gutem K. u. E. Z. Organbefund —. Aufnahme in den Kreissaal mit eben gesprungener Blase. Befund: Fundus zwei Querfinger unter der Brustbeinspitze, Kopf tief im Beckeneingang, Herztöne 152. Spontaner Geburtsverlauf, Placenta vollständig, ebenso die Eihäute. Vaginal untersucht. Geburtsdauer drei Stunden. Am ersten Tag Temp. 38,2, Puls 76. Intermittierender Verlauf bis zum 15. Tag, darauf Exitus letalis. Über dem linken Unterbauch bestand starke Druckempfindlichkeit und Spannung; seit dem fünften Tag Durchfälle.

Autopsie: Links seitlich geplatztes Pyovar. Der hintere Douglas ist mit stinkendem Eiter ausgefüllt. Über der linken Uteruskante ein abgekapselter Abscess. In der ganzen Bauchhöhle diffus Eiter.

Diagnose: Sepsis — Peritonitis.

Geburtsblatt Nr. 442 20. A. B., 22 J. I p. Hausschwangere.

Aufnahme am 17. 8. Anamnese o. B. Frau in gutem K. u. E. Z. Organbefund —. Am 20. 9. Aufnahme in den Kreissaal mit stehender Blase. Befund: Fundus ein Querfinger sub Proc. X. Kopf fest im B. E. Herztöne 140. Spontaner Geburtsverlauf. Placenta und Eihäute vollständig. Geburtsdauer 12 Stunden. Am 18. 9. im Unterricht vaginal untersucht. Am ersten Tag Temp. 38,7, Puls 96. Am siebenten Tag Anstieg auf 39,8 und kontinuierlicher Verlauf bis zum 24. Tag; Exitus letalis. Am siebenten Tag setzte ein diffuser Druckschmerz im Unterbauch ein; sonst Wohlbefinden. Als man am 24. Tag zur Laparatomie schritt, entleerte sich stinkender Eiter im Strahl nach Eröffnung des Peritonaeums.

Autopsie: Nicht ausgeführt.

Diagnose: Eitrige Parametritis und Peritonitis.

Geburtsblatt Nr. 103/20. E. C., 38 J., VI p.

Wurde mit stehender Blase in die Klinik eingeliefert. Anamnese o. B. Mittelgroß, von schwächlicher Konstitution. Organbefund —. Befund: Fundus handbreit über dem Nabel, Kopf in der Beckenhöhle. Herztöne 144. Spontaner Geburtsverlauf, Placenta und Eihäute vollständig. Vaginal untersucht. Abendtemperatur 38,8, Puls 108. Anstieg am dritten Tag auf 39,9, Puls 132; Exitus letalis. Am zweiten Tag Bewußtseinstrübung, wobei wiederholtes Berühren der Genitalien vorkam.

Autopsie: Nicht ausgeführt.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

Geburtsblatt Nr. 514/19. V. F., 30 J. I p.

Wurde als Kreißende mit stehender Blase eingeliefert. Anamnese o. B. Frau in mäßigem K. u. E. Z. Organbefund —. Aufnahme in den Kreissaal. Befund: Fundus drei Querfinger sub Proc. X. Kopf fest im B. E. Herztöne 140. Spontaner Geburtsverlauf. Placenta und Eihäute vollständig. Geburtsdauer 40 Stunden. Vaginal untersucht. Am zweiten Tag Temp. 38,4, Puls 100. Intermittierender Verlauf bis zum zwölften Tag. Vom fünften Tag an Abgang von Blutkoagula; daher am 13. Tag Curettage. Fieberfreies Wochenbett bis zum 17. Tag, woselbst eine Sepsis beginnt, die nach elf Tagen zum Exitus führt.

Autopsie: Nicht ausgeführt.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

Geburtsblatt Nr. 195/19. F. M., 40 J. XV p.

Wurde mit gesprungener Blase aufgenommen. Temp. 37,2, Puls 84. Anamnese o. B. Frau in gutem K. u. E. Z. Organbefund —. Wird sofort auf dem Kreissaal gelagert.

Befund: Fundus zwei Querfinger sub. Proc. X. Kopf beweglich im B. E. Herztöne 140. Spontaner Geburtsverlauf. Placenta und Eihäute vollständig. Geburtsdauer 58 Stunden. Nachblutung von 660 ccm Blut. Vaginal untersucht. Am elften Tag 38,8 Temp., Puls 110, begleitet von Schüttelfrösten. Temperatur und Puls steigen in den nächsten Tagen auf 40,6 — 140. Große Schmerzhaftigkeit im linken Unterbauch. Am 17. Tag erfolgt Exitus letalis.

Autopsie: Nicht ausgeführt.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

Geburtsblatt Nr. 113/15. A. C., 34 J. VIII p.

Wurde mit stehender Blase wegen Blutung der Klinik überwiesen. Temp. 37,6, Puls 72. Vor acht Tagen trat erstmalig eine Blutung auf, die sich am Tage der Einlieferung wiederholte. Anamnese o. B. Mäßig genährte Frau, sehr anaemisch. Organbefund —. Befund: Fundus zwei Querfinger sub. Proc. X. Kopf beweglich über dem B. E. Herztöne 150. Spontaner Geburtsverlauf. Geburtsdauer 15 Stunden. Vaginal untersucht. Am dritten Tag Beginn einer Sepsis, die am neunten Tag zum Exitus letalis führt. Krankheitsverlauf ohne Abdominalbefund.

Autopsie: Nicht ausgeführt.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

Geburtsblatt Nr. 472/15. M. P. XII p.

Wurde der Klinik wegen eklamptischer Anfälle überwiesen. Temp. 37,3, Puls 80. Blase steht. Anamnese o. B. Mittelgroß, genügend genährte Frau. Esbach 15/00. Befund: Fundus zwei Querfinger sub. Proc. X. Kopf hoch beweglich. Herztöne 126. Leichte Wehen. In der Klinik werden Anfälle nicht mehr beobachtet. Am vierten Tag des Klinikaufenthaltes spontaner Geburtsverlauf. Temp. 37,0, Puls 108. Placenta und Eihäute vollständig. Geburtsdauer 21 Stunden. Vaginal untersucht. Am dritten Tag Auftreten von septischen Temperaturen ohne Begleiterscheinungen. Am siebenten Tag macht Pat. bereits einen schwer septischen Eindruck, am achten Tag Exitus letalis.

Autopsie: Nicht ausgeführt.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

Todesfälle nach operativer Geburtshilfe.

(Klinik).

1911. Nr. 81. M. L., 37 Jahr, III p. Hausschwangere. Anamnese o. B. In mäßigem Kräfte- und Ernährungszustand. Organbefund —. Geburtsverlauf spontan. Placenta nach 2 Stunden noch adhaerent, mäßige Blutung, daher manuelle Lösung. Wochenbett bis zum zehnten Tage

mit öfterem Temperaturanstieg bis 39,6, blutigen Lochien, Durchfällen und Schmerzen im Leib. Daher am elften Tage digitale Uterusaustastung. Bis zum 15. Tag kein Schwinden der Symptome. Auftreten von Schüttelfrösten. Daher supravaginale Uterusamputation. Einen Tag später Exitus letalis.

Sektionsbefund: Am Herzen eine Endocarditis chronica fibrosa mitralis; in den unteren Lungenlappen Herdpneumonien. Keine Peritonitis, Milz, Leber, Nieren o. B.

Diagnose: Pyaemie und Myodegeneration Cordis!

1911. Nr. 36. V. K., 19 Jahr, I p. Wegen Pneumonie und dekompensiertem Vitium cordis ante partum wird dieser Fall nicht gewertet.

1912. Nr. 527. KK. 437. IX p. Wurde als Blutende mit tamponierter Scheide wegen Placenta Praevia eingeliefert. Blase steht. Frau in schlechtem Kräfte- und Ernährungszustand. Temperatur 37,6, Puls 110. Herunterholen des linken Fußes; rascher Geburtsverlauf, keine Nachblutung. Am zweiten Tag p. p. Temp. 40, Puls 136. Abdomen diffus druckempfindlich, leicht aufgetrieben. Leichter Icterus. Am vierten Tage Exitus letalis.

Autopsie ergibt harte Infiltration der ganzen rechten Lunge und teilweise der linken.

Diagnose: Pyaemie.

1912. Nr. 587. P. K. 36 Jahr. I p. Hausschwangere. Geburt per vias naturales wegen rachitischen Zwergwuchses aussichtslos, daher Sectio extraperitonaealis. Am dritten Tag p. op. Temp. 38,5, Puls 120. Kein Abdominalbefund. Am vierten Tag Diarrhöen und Erbrechen, zugleich beginnende Kreislaufschwäche. Am siebenten Tag Exitus letalis.

Autopsie: Inficierte Bauchwunde. Das kleine Becken ist schmierig, z. T. eitrig belegt. Peritonaeum nur in der Umgebung des Uterus inficiert sonst frei.

Diagnose: Peritonitis incipiens und Kreislaufschwäche.

1913. Nr. 395. M. M. 25 Jahre, Erstgebärende. Hausschwangere. Wurde mit stehender Blase auf dem Kreissaal gelagert. Temp. 37,0, Puls 82. Geburt macht trotz 36-stündiger Dauer keine Fortschritte. Abgang von Meconium, sinkende Herztöne, daher Beendigung der Geburt durch Zange. Austastung des Uterus. Am dritten Tag post operationem Beginn einer schweren Sepsis, die nach 22 Tagen zum Exitus letalis führt. Metastatische Herde in Lunge, Leber und Milz.

Autopsie nicht ausgeführt.

Diagnose: Pyaemie.

1913. Nr. 436. M. M. 37 Jahre, III p. wurde von der Poliklinik mit verschleppter Querlage wegen mißglückter Wendung in die Klinik überführt. Temp. 37,6, Puls 78. Unter großen Schwierigkeiten gelingt Wendung und Extraction. Kind ist am Leben. Am dritten Tag Beginn einer schweren Sepsis und einer Thrombephlebitis am linken Unterschenkel. Am zwölften Tag Exitus letalis.

Autopsie nicht ausgeführt.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

1914. Nr. 328. M. T. 32 Jahre, VIII p. wurde mit tamponierter Scheide wegen Placenta praevia eingeliefert. Seit 48 Stunden verstärkter Blutabgang. Temp. 37,3, Puls 134. Sehr anämische Frau in schlechtem Kräfte- und Ernährungszustand. Blasensprengung. Nach 15 Minuten Geburt des Kindes. Placenta wird manuell gelöst und der Uterus ausgetastet. Einen Tag post operationem Beginn einer Sepsis. Temp. 40,4, Puls 144. Am elften Tag Exitus letalis.

Autopsie nicht ausgeführt.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

1916. Nr. 506. A. K., 30 Jahr. V p. wurde mit tamponierter Scheide eingeliefert. Seit drei Tagen schwache Blutungen. Temp. 37,4, Puls 128. Frau in gutem Kräfte- und Ernährungszustand. Nach Einlieferung starke Blutungen. Braxton-Hicks. Am dritten Tag Beginn von täglichen Schüttelfrösten. Am fünften Tag plötzlich starke Blutung ohne therapeutische Beeinflussung. Daher Uterusaustastung. Nach vier Tagen soporöser Zustand. Am siebenten Tag Exitus letalis.

Autopsie nicht ausgeführt.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

1917. Nr. 247. A. Z., 23 Jahr. I. P. Wurde als Kreißende mit gesprungener Blase eingeliefert. Vom Arzt zweimal, von der Hebamme dreimal vaginal untersucht. Temp. 38,3, Puls 116. Anlegen der Zange. Extraction trotz kräftigster Tractionen und Druck von oben unmöglich. Kind stirbt ab. Perforation und Kranioklasie, während dieser ein knallartiges Geräusch. Nach der Geburt Feststellung einer kindskopfgroßen Meningocele an der Stirn. Fruchtwasser übelriechend. Geburtsdauer 64 Stunden. Am dritten Tag pp. Beginn einer Sepsis mit täglichen Schüttelfrösten. Bis zum 40. Tag unverändertes Krank-

heitsbild und Diagnose einer Endocarditis septica. Am 46. Tag Exitus letalis.

Autopsie: Man verzichtet.

Diagnose: Pyaemie.

1917. Nr. 365. R. F., 42 Jahre, VII p. wurde mit angeblich gesprungener Blase eingeliefert. Temp. 37,8, Puls 98. Nach 48 stündiger Wehentätigkeit Beendigung der Geburt durch Zange wegen wechselnder Herztöne und Abgang von grünlich verfärbtem Fruchtwasser. Placenta spontan; sie ist vollständig. Keine Nachblutung. Am dritten Tag Beginn einer schweren Sepsis. Am 32. Tag Exitus letalis.

Autopsie nicht ausgeführt.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

1919. Nr. 492. A. K., 33 Jahre, IV p. Hausschwangere. Kam wegen plötzlicher Blutungen auf den Kreissaal. Hystreuryse. Wendung, Extraktion. Placenta und Eihäute vollständig. Geburtsdauer 32 Stunden. Am ersten Tag post operationem Beginn einer Endometritis, Temp. eine Kontinua. Puls 100—125. Bildung von parametranen Infiltraten und pneumonischen Herden. Am 22. Tag Exitus letalis.

Autopsie nicht ausgeführt.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

1920. Nr. 198. A. D., 32 Jahr. I p. Hausschwangere. Anamnese: o. B. Organbefund —. Geburt wird nach vierwöchentlichem Anstaltsaufenthalt durch Zange beendet. Manuelle Placentalösung. Geburtsdauer 50 Stunden. Am ersten Tag post operationem Beginn einer Sepsis mit täglichen Schüttelfrösten. Am 29. Tag Incision eines Abcesses in der Regio inguinalis. Am 36. Tag Exitus letalis.

Autopsie nicht ausgeführt.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

1921. Nr. 462. V. J., 49 Jahre, IX p. wurde wegen starker Blutungen mit gesprungener Blase — seit 48 Stunden — eingeliefert. Temp. 37,0, Puls 134. Frau in gutem Kräfte- und Ernährungszustand. Mäßige Blutung. Nach siebenstündigem Kreißen Herztöne nicht mehr wahrnehmbar. Perforation-Kranioklasie. Starke Nachblutung. Febris sub partu 38,8, Puls 168. Geburtsdauer 87 Stunden. Beginn einer Sepsis. Am vierten Tag Exitus letalis.

Autopsie: Uterus zeigt an der Innenwand in ganzer Ausdehnung einen schmierigen, bräunlichen blutigen Belag. Adnexe und übrige Bauchorgane o. B.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

1922. Nr. 310. M. W., 35 Jahre, II p. wurde wegen starker Blutung der Klinik überwiesen. Temp. 37,3, Puls 76. Frau in gutem Kräfte- und Ernährungszustand. Kein Organbefund. Nach 48 Stunden tritt starke Blutung auf mit Kollaps und Erbrechen. Wendung-Extraction. Placenta vollständig. Keine Nachblutung. Am zweiten Tag Beginn einer Sepsis. Am 13. Tag Exitus letalis.

Autopsie nicht ausgeführt.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

1925. Nr. 292. L. Sch., 23 Jahre, I. p. Hausschwangere. Anamnese: o. B. Frau in ausreichendem Kräfte- und Ernährungszustand. Organbefund: —. Aus relativer Indikation Sectio supra pubica extraperitonaealis in typischer Weise. Geburtsdauer 17 Stunden. Temp. vor der Operation 37,3, Puls 88. Am dritten Tag Beginn einer Sepsis. Am 19. Tag Exitus letalis.

Autopsie: Im rechten Mittellappen findet man eine halbfaustgroße Höhle, deren Wände eine grünliche Farbe zeigen, zerfetzt aussehen und deren halbflüssiger Inhalt einen aashaften Gestank ausströmen läßt. Die Ablösungsstelle der Blase von der Uteruswand ist nicht verheilt, sondern ist durch Infektion zu einer Abscesshöhle geworden.

Diagnose: Von der Abscesshöhe wird die Lungeninfektion stattgefunden haben, die zur Gangrän führte. Sepsis-Lungengangrän.

1927. Nr. 105. V. M., 32 Jahre, V p. Wegen Placenta praevia und Querlage der Klinik überwiesen. Temp. 36,0, Puls 96. Sofortige Sectio in typischer Weise. Verlauf komplikationslos. Am zweiten, vierten, fünften und siebenten Tag leichte Temperaturerhöhung. Puls 72—88. Am 12. Beginn einer Sepsis, die am 17. Tage zum Exitus letalis führt.

Autopsie: Der rechte Unterlappen ist hinten durch einen eitrigen Febrinbelag mit der Brustwand verbunden. Die Vena spermatica sinistra ist als überbleistiftgroßer Strang zu fühlen und ist von festhaftenden thrombotischen Massen erfüllt.

Diagnose: Septischer Thrombus der vena spermatika und des rechten Unterlappens. — Sepsis!

1929. Nr. 351. H. P., 38 Jahr, I p. Hausschwangere. Anamnese o. B. Frau in gutem Kräfte- und Ernährungszustand. Organbefund: —. Spontaner Geburtsverlauf. Placenta zweifelhaft vollständig, daher Nachtastung. Am

zweiten Tag Beginn einer Sepsis, die am 12. Tag zum Exitus letalis führt.

Autopsie nicht ausgeführt.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

1929. Nr. 444. Kl. S., 39 Jahre, XI p. wurde wegen Placenta Praevia mit tamponierter Scheide eingeliefert. Seit drei Wochen mäßig starke Blutungen. Temp. 37,8, Puls 120. Frau in mäßigem Kräfte- und Ernährungszustand. Organbefund: Operationsverlauf: Herunterholen des Fußes, Belastung, darauf spontaner Geburtsverlauf. Ausstoßung eines Blutgerinsels von 400 g. Geburtsdauer 13 Stunden. Am siebenten Tag Beginn einer Sepsis, die am 24. Tage trotz negativen Organbefundes zum Exitus letalis führt.

Autopsie nicht ausgeführt.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

1929. Nr. 594. H. D., 34 Jahre, I p. wurde als Eklamptische eingeliefert. Temp. 37,4, Puls 88. Aus absoluter Indikation Sectio supra-pubica extraperitonaealis in typischer Weise. R.-R. 130/80 post operationem. Am dritten Tag Beginn einer eitrigen Endometritis. Am 19. Tag Eröffnung eines Douglasabscesses. Am 21. Tag Exitus letalis.

Autopsie: Keine Peritonitis. Im Douglas ein großer Abscess. Der Douglas ist gegen die freie Bauchhöhle durch Verklebungen fest abgeschlossen. Milz vergrößert mit septischem Infarkt. Sonst Abdomen o. B. Die linke Lunge ist völlig atalektatisch und mit Abscessen durchsetzt. Pleura breit adhaerent. Rechte Lunge noch lufthaltig, aber gleichfalls von Abscessen durchsetzt.

Diagnose: Pyaemie.

Literaturverzeichnis.

Baumm, P.: „Asepsis", und Antisepsis", Arch. f. Gyn. 52. Deutsche med. Wochenschrift 1913 u. 1914.

Colebrook, L.: Britisch med. J. 1933/3798.

Dietrich: Med. Welt 1933.

Ernst: Statistik der geburtsh. Abteilung in der 2. Universitätsklinik für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe zu München in den Jahren 1926/27 (I.-D.)

Eschenwecker: „Über die Morbidität bei Früh- und Spätaufstehen im Wochenbett." (I.-D.)

Franke: Arch. f. Gyn., 52.

Gigli: Zeitschr. f. Gyn. 1915, Nr. 41.

Halban-Seitz: „Biologie u. Patholog. d. Weibes", Bd. VIII.

Heidler: Zentralblatt f. Gyn. 1923, Nr. 48/49.

Jakobi: „Indikation und Prognose der Zange". (I.-D.)

Kuczora: „Morbidität und Mortalität im Wochenbett." (I.-D.)

Poten, W.: Arch. f. Gyn. 113/316 — 335.

Puppel: Arch. f. Gyn., Sonderabdruck aus 144. Bd., 2. und 3. Heft.

Rosen, Beate: „Der Wert der Sekaleprophylaxe im Wochenbett", Zentralbl. f. Gyn. 1935/22.

Saft: Arch. f. Gyn., 52.

Schottmüller: Münch. med. Wochenschr. 1921 u. 1928.

Schröder: Zentralbl. f. Gyn. 1925/1.

Stöckel: in „Lehrbuch der Geburtshilfe", Arch. f. Gyn., Bd. 109.

Timm: „Mortalität und Morbidität der Wöchnerinnen in der Göttinger Frauenklinik." (I.-D.).

Traxel: „Die Sectio Caesarea abdominalis." (I.-D.).

Walthard: In Stöckel: „Lehrbuch der Geburtsh." Zeitschr. f. Geburtsh., Bd. 47.

Wagner, G. A.: Zentralbl. f. Gyn. 1927, Nr. 20.

Winter: In Halban-Seitz „Biologie und Pathologie des Weibes", Bd. VIII.

— Zentralblatt f. Gyn. 1927, Nr. 20.

— Verhandlg. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gyn. 1909, Bd. 13.

Zangemeister: Arch f. Gyn. Bd. 103, 104.

Zweifel: „Das Kindbettfieber" in: Döderleins Handbuch der Geburtshilfe, Bd. 3.

Lebenslauf.

Wurde am 29. Dezember 1907 in Ratibor als Sohn des Kaufmanns Guido K o n i e t z k o geboren. Besuchte die dortige Volksschule, später das Realgymnasium und legte an demselben meine Reifeprüfung ab. Unmittelbar danach begann mein Medizinstudium zunächst in Wien, dann in Erlangen und Berlin, wo ich 1934 das Staatsexamen ablegte. Mein praktisches Jahr absolvierte ich zunächst an der Universitäts-Frauenklinik der Charité, dann an der III. Medizin. Univ.-Poliklinik, der ich heute noch angehöre.

Druck: Rudolf Graetz. Berlin N 24, Auguststr. 26